

Les Syphilides Varioliformes

(ÉTUDE CLINIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 13 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES BERNARD

Né à l'Isle-sur-Sorgues (Vaucluse), le 28 avril 1894



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS
46, rue de la Charité, 46

1920

LES SYPHILIDES VARIOLIFORMES

(ÉTUDE CLINIQUE)

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, POLLOSSON M.,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie.....	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	GUREAU
Physiologie.....	GUIART
Pathologie interne.....	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique.....	DOYON
Médecine opératoire.....	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène.....	X...
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agréé
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	X...	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LERICHE	FROMENT	BONNAMOUR,
COMMANDEUR	THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	chargé des fonctions
NEVEU-LEMAIRE	TAVERNIER	PIERY	SARVONAT id.
LAROYENNE	CADE	COTTE	FAVRE id.
VORON	GUILLEMARD	DUROUX	GRAVIER id.
NOGIER	GARIN		ROUBIER id.
BRETIN	SAVY		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, *Président* ; PIC, *Assesseur* ;
MM. FAVRE et BONNAMOUR, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Les Syphilides Varioliformes

(ÉTUDE CLINIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 13 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES BERNARD

Né à l'Isle-sur-Sorgues (Vaucluse), le 28 avril 1894



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En faible témoignage de ma grande
reconnaissance et de ma profonde
affection.

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de clinique des Maladies cutanées et vénériennes
Médecin de l'Antiquaille
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET

Médecin de l'Antiquaille
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui m'a inspiré ce travail. Hommage
de respectueuse reconnaissance et de
sincère attachement.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses modalités éruptives que peuvent revêtir les syphilides secondaires, il en est certaines qui ne s'observent qu'assez rarement. Nous nous proposons de faire l'étude clinique de l'une d'entre elles qui, par les ressemblances parfois étroites qu'elle affecte avec l'éruption de la variole, mérite le nom de syphilide varioliforme.

Souvent à peine décrite dans les traités, cette variété de syphilide présente cependant un grand intérêt : au point de vue pratique d'abord, puisque les erreurs de diagnostic sont faciles et ont été commises par les plus grands maîtres ; au point de vue théorique également, car, d'une part, il est intéressant de rechercher pourquoi une même maladie peut donner lieu à des éruptions aussi variées que les syphilides et, d'autre part, on peut se demander, comme l'ont fait certains auteurs, s'il ne s'agit pas, dans ces cas, de races spéciales de tréponèmes.

Tout en tenant compte de ce qui a été déjà écrit sur la question, nous baserons surtout notre travail sur un ensemble de dix cas traités à l'Antiquaille dans le ser-

vice de M. le Dr Bonnet, et dont les observations sont inédites.

Encore novice dans l'étude de la syphilis, dont les syphilides représentent la partie la plus ardue, nous avons été guidé, dans notre travail, par M. le Dr Bonnet, qui ne nous a jamais ménagé ses conseils. Nous le remercions de ce qu'il a fait pour nous au cours du semestre passé auprès de lui en qualité d'externe.

Nous remercions aussi M. le professeur Nicolas de l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre Thèse, ainsi que de l'accueil toujours bienveillant qu'il nous a réservé.

HISTORIQUE

Nous étudierons d'abord, au cours de ce chapitre, ce que les auteurs classiques ont écrit sur les syphilides varioliformes; nous envisagerons ensuite les publications diverses se rapportant à notre sujet; nous terminerons enfin par quelques réflexions suggérées par cette étude.

1°. Les classiques

Cazenave (1843), dans son *Traité des Syphilides*, décrit à plusieurs reprises des cas d'éruptions pustuleuses simulant la variole (pages 294, 318, 559), et il indique les éléments du diagnostic avec cette fièvre éruptive.

Devergie (*Traité des maladies de la peau*, 1854) décrit ces cas dans le chapitre des syphilides pustuleuses à forme d'impétigo. Voici ce qu'il en dit : « La syphilide impétigineuse disséminée a beaucoup plus de rapports avec la variole qu'avec l'impétigo. Comme dans la varicelle, le début de l'affection est souvent précédé de symptômes généraux. »

Bazin (*Leçons sur la syphilis et les syphilides*, 1864) décrit la syphilide varioliforme sous le nom de syphilide pustuleuse phlyzaciée et en donne une observation. Il note l'existence de symptômes généraux, et la possibi-

lité d'ulcérations, suivies de cicatrices « superficielles, mais indélébiles », il insiste sur la longue durée de ces éruptions : toujours plusieurs mois.

Rollet (*Traité des maladies vénériennes*, 1865) décrit ces formes éruptives à la fois à propos de la syphilide varicelleuse (p. 832) et de l'ecthyma syphilitique (p. 836). Selon lui, « la syphilide varicelleuse n'est pas précédée ni accompagnée de fièvre comme la varicelle » (p. 846).

Lancereaux (1873), dans son *Traité de la syphilis*, parlant des syphilides pustuleuses phlyzaciées, signale qu'elles peuvent être accompagnées de phénomènes généraux qui « pourraient faire croire tout d'abord à une varioloïde ou à une variole ».

Fournier (*Leçons sur la syphilis*, 1881), décrivant les syphilides varicelliformes, admet un stade dans lequel le liquide des vésicules devient pyoïde « à ce moment, l'éruption offre une certaine analogie d'aspect avec la variole et a même été décrite sous le nom de variole syphilitique, syphilide varioliforme ».

Pour lui, la syphilide varioliforme n'est donc qu'un des aspects de la syphilide varicelliforme.

Duhring (*Traité pratique des maladies de la peau*, 1883), classe les syphilides varioliformes parmi ses syphilodermies pustuleuses acnéiques et les syphilides varicelliformes dans le groupe des syphilides vésiculeuses. Pour lui « la plupart des syphilides dites vésiculeuses sont bien plutôt des syphilides pustuleuses incomplètement développées. Quelquefois, cependant, les lésions ont un caractère tel pendant toute leur évolution qu'elles justifient le titre de vésiculeuses ».

Mauriac (*Leçons sur les maladies vénériennes*, 1883), donne deux observations de syphilides varioliformes (pages 719 et 596).

Barthélemy et Balzer (*in Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1883), consacrent quelques pages aux syphilides varioliformes, intermédiaires entre les syphilides acnéiformes et les syphilides impétigineuses, « plus larges et plates, moins indurées et moins acuminées que les premières; plus longtemps pustuleuses, elles donnent des croûtes plus adhérentes, plus brunes et plus tardives que les syphilides impétigineuses ». L'ecthyma superficiel syphilitique en différerait par la largeur initiale de ses éléments éruptifs, la forme ovulaire et la superficialité de son érosion, la minceur de sa croûte.

Chambard (*in Dictionnaire de Dechambre*, 1885) donne de l'ecthyma superficiel syphilitique une description qui répond aux syphilides que nous étudions.

Hardy (*Traité des maladies de la peau*, 1886), distingue les syphilides varioliformes des syphilides ecthymateuses ou phlyzaciées (ce dernier mot avait été employé par Bazin pour désigner les syphilides varioliformes).

Jullien (*Traité pratique des maladies vénériennes*, 1886), décrit la syphilide varicelliforme comme assez fréquente; il ne mentionne pas spécialement les syphilides varioliformes, mais à propos de la fièvre syphilitique (p. 602) il en décrit un cas typique, tant par l'éruption que par les phénomènes généraux concomitants. Parlant de l'étiologie générale des syphilides, le même auteur cite le cas d'un homme de 40 ans qui, atteint de variole, vit chaque pustule à l'époque de la desqua-

mation, se changer en une papule lenticulaire d'un rouge violacé. Il rappelle que Guntz, en 1881, a vu également « plus d'une fois chez ses vénériens frappés de variole les pustules de la face au moment de la guérison se transformer en tubercules syphilitiques ». On peut se demander s'il ne s'agit pas ici de cas authentiques de syphilides varioliformes, l'erreur s'expliquant facilement à une époque où la variole était une maladie fréquente.

Zeissl (*Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes*, Vienne, 1888), parle de la syphilide varicelloïde qui « peut être confondue avec la variole vulgaire, ou avec la varioloïde » et il indique les éléments du diagnostic différentiel.

Kaposi (1878) classe les syphilides varioliformes dans son groupe des syphilides pustuleuses à grosses pustules (ainsi que l'acné et l'impétigo syphilitiques).

Il ne parle pas des syphilides varicelliformes.

Finger (1900), donne une bonne description de l'éruption et de son évolution; il signale le polymorphisme de cette variété de syphilides.

Balzer (1906, in *Traité de Médecine*, de Gilbert et Carnot), décrit avec quelques détails les syphilides varioliformes. Il insiste sur les erreurs de diagnostic avec la variole, l'éruption pouvant parfois ne pas être polymorphe.

Thibierge (in *Traité de Médecine*, de Charcot et Bouchard, 1905), signale très brièvement les syphilides varioliformes.

Fournier (*Traité de la syphilis*, 1906)^{*}, les mentionne simplement comme une variété de syphilides acnéiques

(page 339) ; il signale, en outre (p. 346), que la pustule d'ecthyma syphilitique peut être analogue à celle de la vaccine ou de la variole. Il s'étend très longuement sur cette idée que, d'après lui, la distinction de modalités éruptives telles que la syphilide varioliforme ne repose que sur des différences objectives de peu d'importance.

Brocq (1907), range les syphilides varioliformes dans les syphilides péripilaires papulo-pustuleuses ou acnéïques vraies. Il classe la syphilide varicelliforme dans la catégorie des « syphilides dont l'existence n'est pas prouvée ou qui sont fort rares », ainsi, du reste, que la syphilide herpétiforme sur laquelle Fournier avait insisté.

Nicolas (1909), signale les syphilides varicelliformes et les syphilides varioliformes comme des variétés rares de syphilides vésiculeuses.

Hallopeau et Fouquet (1911) classe les syphilides vésiculeuses d'après la grosseur des vésicules ; il distingue les syphilides à petits vésicules (acnéïformes), à moyennes vésicules (varioliformes), à grosses vésicules (ecthymateuses et rupioïdes).

2° Publications diverses

En dehors des traités classiques, les publications médicales périodiques relatent quelques observations intéressantes de syphilides varioliformes :

Gaskoin (1871), a observé quelques cas de ces syphilides pendant une épidémie de variole, circonstance qui rendait le diagnostic difficile.

Farriols et Ribera (1881), donnent une observation de syphilide pustuleuse confondue avec une variole discrète et indiquent les caractères principaux permettant d'établir le diagnostic.

Shoemaker (1882) et **Pye-Smith** (1894), en signalent chacun un cas.

Ohmann-Dumesnil consacre plusieurs articles (1895-1898) à l'étude des syphilides varioliformes.

A. Shillitoe (1903 et 1904) communique deux cas de syphilides papulo-pustuleuses du type varioliforme. Deux photographies très démonstratives sont annexées à sa dernière communication.

Post (1907), **Robbins** (1907), **Furlong** (1910), **Kinby-Smith** (1912), **Fox** et **Pisco** (1917), ont observé quelques cas de la maladie et relaté leurs observations. Le cas de Kinby-Smith coïncidait avec une épidémie de variole.

3° L'étude de ce qui précède nous suggère quelques remarques

a) L'utilité d'individualiser les syphilides varioliformes a été niée par Fournier. Pour les raisons indiquées plus haut, nous croyons que les caractères de ces éruptions méritent d'être précisés.

b) Cette variété de syphilide est connue depuis longtemps; elle a été très bien décrite par bon nombre d'auteurs, mais certains lui ont attribué des caractères inexacts puisque on a parfois nié l'existence de phénomènes généraux (Rollet).

c) Il existe une grande confusion dans les termes; des cas identiques sont décrits sous des noms différents : varioliformes, varicelliformes, impétigineuses, papulopustuleuses, papulo-croûteuses, ecthyma, etc...

Bien des observations sont publiées sous le nom de syphilis maligne précoce. Nous ne voulons pas dire par là que toutes les syphilides varioliformes sont des syphilides malignes précoces; mais, d'après ce que nous avons vu et lu, il semble que la syphilis maligne précoce, dans la majorité des cas, débute par une éruption varioliforme. On n'aura qu'à lire, pour s'en convaincre, quelques observations de syphilis maligne précoce, entre autres celles données par Bazin (Obs. I et II, dans ses *Leçons sur la syphilis et les syphilides*), et par Mauriac (pages 786 et 792).

La description que donne Darier (1) des syphilides malignes précoces du type ecthymateux correspond également à notre description.

d) Inversement, le même nom a pu être donné à des éruptions différentes. On ne s'expliquerait pas, autrement, pourquoi certains auteurs (Jullien) donnent la syphilide varicelliforme comme relativement fréquente alors que d'autres (Brocq) mettent son existence en doute.

La confusion a pu être poussée plus loin encore: Barthélemy et Balzer (1) écrivent: « Jamais aucun des éléments éruptifs de l'ecthyma syphilitique ne s'est montré avec une dépression centrale, et qui dit ecthyma

(1) DARIER, *Précis de Dermatologie*, 2^e édition, p. 178.

(1) BARTHÉLEMY et BALZER, *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*. Article : *Syphilides*, page 517.

n'évoque pas l'idée d'une pustule ombiliquée: c'est pourquoi nous n'avons pas rangé dans cette classe les syphilides varioliformes ou vacciniiformes. »

Quelques pages plus loin (p. 573) et au cours du même article, les mêmes auteurs écrivent: « Le type pustuleux parfait simulant à s'y méprendre les pustules de la variole, avec ombilication au centre de la pustule, s'observe assez souvent dans l'ecthyma superficiel. »

e) De grandes divergences existent entre les auteurs au sujet de la classification: certains séparent les syphilides varioliformes des syphilides varicelliformes; d'autres, au contraire, en font des variétés d'une même forme ou même les confondent (Fournier).

Nous ne prétendons pas que les syphilides varicelliformes sont des syphilides varioliformes, ni inversement, et nous pensons qu'il existe certainement des syphilides varicelliformes complètement distinctes des cas que nous décrivons ici. Dans la majorité des cas, cependant, il s'agit d'éruptions se rapprochant autant de la variole que de la varicelle, tenant à la fois de l'une et de l'autre.

Certains auteurs font des syphilides varioliformes une variété des syphilides acnéiques; d'autres séparent complètement ces deux formes éruptives. Nous tenons à déclarer que nous nous rattachons tout à fait à cette seconde manière de voir. Pour nous, il n'y a rien de commun entre les syphilides varioliformes et les syphilides péripilaires.

f) L'historique qui précède nous fournira une dernière remarque: c'est l'absence de données relatives à l'étiologie et au pronostic.

SYMPTOMATOLOGIE

L'éruption varioliforme apparaît au cours de la période secondaire de la syphilis, dont elle constitue souvent la première manifestation, cinq à huit semaines après le début du chancre, quelquefois plus tard (12-18 semaines).

Souvent précédée de quelques malaises (fièvre, courbature) elle est constituée par un nombre variable d'*éléments éruptifs* dont chacun débute par une macule circonscrite, d'un rouge peu vif, qui, en même temps qu'elle se transforme en papule légèrement surélevée, présente à sa surface un soulèvement vésiculo-bulleux constitué par une exsudation sous-épidermique.

Deux ou trois jours plus tard, la papule est tout entière coiffée d'une bulle de volume variable: quelquefois grosse comme une tête d'épingle en verre, atteignant parfois les dimensions d'un gros pois et même davantage.

Ce soulèvement contient un peu de liquide, généralement louche d'emblée. Autour de l'élément, siège une auréole rouge, d'allure inflammatoire au début de l'éruption.

Peu à peu, le liquide devient plus franchement purulent, mais l'exsudat reste minime et si l'on soulève la pellicule épidermique qui le recouvre, on trouve moins de liquide qu'on n'aurait cru. A ce moment, le centre de l'élément est assez souvent ombiliqué.

Au bout d'un temps variable, la pustule fait place à une croûte, soit parce que le liquide s'est concrété, soit par suite de l'arrachement de l'épiderme par frottement ou par grattage.

La croûte est adhérente, rugueuse, brunâtre, quelquefois hémorragique.

Elle repose sur une ulcération de caractère très variable: le plus souvent, cette ulcération est superficielle, elle n'a aucune tendance à s'aggraver et ne tarde pas à guérir. Dans d'autres cas, au contraire, elle tend à progresser en surface et en profondeur.

Autour de la croûte, l'auréole inflammatoire du début s'est transformée en un bourrelet plus ou moins saillant et infiltré, d'un rouge sombre.

Si l'élément évolue vers la guérison, la croûte se dessèche de plus en plus et finit par tomber, et il ne reste plus qu'une saillie rouge brun, infiltrée; un peu ombiliquée en son centre, représentant une papule.

Peu à peu, cette saillie s'affaisse; il reste une pigmentation qui ne disparaît que plus tard, et finalement une petite cicatrice pouvant s'atténuer et même disparaître à la longue.

Si, au contraire, cette évolution favorable ne se produit pas, l'élément éruptif arrive peu à peu à atteindre de grandes dimensions (pièce de cinq francs et plus): la croûte qui le recouvre s'épaissit et devient ostréacée.

elle repose sur une ulcération dont elle est séparée par une nappe de liquide purulent.

De tels éléments ne diffèrent guère de ce que les auteurs décrivent sous le nom d'ecthyma profond et de rupia syphilitiques ; ils appartiennent à la syphilis maligne précoce dont l'éruption varioliforme est un mode de début relativement fréquent.

Envisagée dans son ensemble, la syphilis varioliforme est des plus polymorphes.

Au début, on pourra trouver côte à côte des éléments très différents d'aspect : les uns tendus et globuleux ; d'autres, aplatis et comme flétris ; d'autres enfin, ombiliqués, semblables à la pustule variolique classique.

Plus tard, apparaîtront des éléments croûteux, par transformation des précédents, et quelques-uns (toujours peu nombreux) pourront donner lieu aux ulcérations dont nous avons déjà parlé.

La *distribution* des éléments éruptifs varie d'un cas à l'autre. L'éruption est le plus souvent généralisée à tout le tégument, plus intense au niveau du dos et de la face, quelquefois confluyente au front et à la ceinture, moins marquée au niveau de l'abdomen et de la partie antérieure du thorax.

Le cuir chevelu est rarement respecté, mais les lésions n'y sont point caractéristiques ; de même, au niveau des extrémités (généralement peu atteintes) où les lésions se bornent souvent à des dessications de l'épiderme, et à un état parcheminé et flétri de ses couches les plus superficielles.

Les membres présentent quelques éléments, prédominant quelquefois aux plis de flexion.

C'est au niveau des membres inférieurs que les ulcérations se rencontrent le plus fréquemment.

L'éruption peut débiter simultanément par toutes les régions du corps, ou bien se montrer par poussées successives à une semaine environ d'intervalle. Dans ce cas, le nombre des poussées est presque toujours peu considérable (deux ou trois), surtout si la maladie est reconnue et traitée.

Le plus souvent, le début se fait par le tronc ou les membres; puis l'éruption se généralise progressivement par l'apparition de nouveaux éléments disséminés.

La durée de l'éruption est longue: elle pourrait se prolonger des mois selon Bassereau, malgré l'administration des préparations mercurielles, et, si l'éruption était abandonnée à elle-même, sa durée pourrait atteindre une année au moins. Ces cas ne doivent plus se rencontrer aujourd'hui.

Dans quelques cas, l'éruption est tout entière composée d'éléments varioliformes. Mais, en général, d'autres *manifestations syphilitiques* viennent s'y surajouter.

Au niveau de la peau, ce sont des papules: elles sont souvent peu abondantes, mais manquent rarement tout à fait. On les recherchera principalement au niveau de la région ano-génitale. Le plus souvent typiques et d'aspect banal, ces papules peuvent revêtir quelquefois une forme anormale: cornée (Obs. V) ou papillomateuse (Obs. I), par exemple.

Du côté des muqueuses, les manifestations de la syphilis coexistant avec une syphilide varioliforme sont beaucoup moins fréquentes. Au niveau de la cavité buccale, elles manquaient 7 fois (Obs. I, II, III, V, VI,

VIII, IX) sur nos 9 Observations (1). Elles existaient chez un sujet (Obs. IV) dont la maladie eut beaucoup d'autres caractères de la syphilis maligne précoce (cette dernière ne s'accompagnerait jamais de lésions des muqueuses, d'après Queyrat).

Les symptômes généraux présentent quelques particularités intéressantes :

La *Fièvre* est la règle : souvent passagère, elle a existé à un moment donné, chez tous nos malades. Elle s'est montrée quelquefois élevée, atteignant 39° (Obs. V) et même 40° (Obs. III et IX).

La courbe de température est irrégulière, à oscillations moyennes, notablement influencée par le traitement, qui se comporte comme un antithermique.

Chez un malade (Obs. III), soumis aux frictions mercurielles tous les deux jours, l'écart entre la température du matin et celle du soir fut, en moyenne, de 0,4 degré les jours de frictions et de 0,7 les autres jours pendant toute la durée du traitement. La fièvre, une fois disparue, on peut observer à sa suite une période d'hypothermie, comme il arrive dans certaines maladies aiguës fébriles (fièvre typhoïde). Cette hypothermie persista 9 jours dans le cas relaté dans l'Observation IV.

Le fièvre s'accompagne de prostration physique et intellectuelle, de pâleur, et d'amaigrissement quelquefois notable. Dans certains cas, la torpeur et l'inertie sont plus prononcées, revêtant même l'aspect typhique.

L'examen des organes est négatif — les lésions viscé-

(1) Dans nos pourcentages, nous ne tenons pas compte de notre Observation n° X, trop incomplète (l'observation originale ayant été perdue au cours de la guerre).

rales manquent habituellement -- elles font défaut dans toutes nos observations.

Les adénopathies qui accompagnent toute syphilis ne présentent ici rien de spécial.

Les symptômes fonctionnels sont peu accusés: les lésions ne s'accompagnent habituellement d'aucun prurit. Un seul de nos malades (Obs. VIII) déclara avoir eu un prurit intense au début de l'éruption, mais ce prurit pouvait être d'origine parasitaire.

Pas de douleurs au niveau des lésions, sauf quelquefois au niveau des ulcérations, où elles peuvent revêtir un caractère aigu des plus pénibles (Obs. IV).

Comme la fièvre, ces douleurs cèdent rapidement au traitement arsenical.

Les examens de laboratoire (réactions humorales, formule sanguine, etc.), n'ont pas été pratiqués spécialement dans les cas de syphilides varioliformes.

Nous signalerons que dans la syphilis maligne précoce on a noté l'apparition tardive de la réaction de Wassermann. De même, Guth a vu que la teneur du sang en albumine était anormale :

Winternitz a montré que cette teneur était régulièrement augmentée chez les syphilitiques. En cas de syphilis maligne, elle reste à son temps normal, ou est diminuée (Hecht). L'examen systématique pratiqué à ce point de vue au cours des syphilides varioliformes donnerait peut-être des résultats analogues, un grand nombre de cas de syphilis maligne précoce ayant débuté par des éruptions pustuleuses plus ou moins varioliformes.

DIAGNOSTIC

Un certain nombre d'affections, que nous passerons successivement en revue, peuvent être confondues avec une éruption de syphilides varioliformes..

1° Parmi elles, *la variole* est la plus importante, et les cas ne sont pas rares, au sujet desquels des cliniciens compétents ont porté un diagnostic inexact. C'est ainsi que Bazin avoue s'être trompé deux fois. Barthélemy et Balzer citent le cas d'un médecin « qui, confiant dans l'ombilication, prit des pustules syphilitiques pour des pustules vaccinales et inocula au lieu de la vaccine, la vérole à 8 nouveau-nés » (1).

De temps à autre, des malades atteints de syphilides varioliformes sont envoyés dans des services de varioleux, et deux de nos malades (Obs. II et III) sont dans ce cas. Nous n'insisterons pas sur l'intérêt qu'il y a à éviter ces erreurs de diagnostic.

Le diagnostic se basera :

a) Sur le caractère de l'éruption: multiforme dans le cas de syphilide varioliforme, surtout quelques jours

(1) BARTHÉLEMY et BALZER, in *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Article syphilides, paragraphe « syphilides varioliformes ».

après le début; procédant par poussées et n'obéissant à aucune règle fixe comme topographie, contrairement à l'exanthème variolique, dont la marche régulière est bien connue, et dont la durée est beaucoup moins longue.

b) Sur les lésions concomitantes: papules de la peau (surtout au niveau de la région génito-anale) et lésions des muqueuses (beaucoup moins fréquentes) dans les cas de syphilides varioliformes.

Dans la variole, on pourra observer une angine pustuleuse, un rash précédant l'éruption mais pouvant persister quelque temps.

c) Sur les phénomènes généraux, moins accentués dans la syphilis. La fièvre est moins régulière, elle est souvent de courte durée et cède au traitement dans le cas de syphilides varioliformes. De même, le début est ici moins brusque et ne s'accompagne pas de la rachialgie intense qui se voit dans la variole.

d) Sur l'étude des antécédents: variole antérieure, vaccination récente, ou bien spécificité datant de quelques semaines ou de quelques mois.

e) Sur les notions d'épidémicité.

f) Sur la constatation du spirochète de la syphilis au niveau des lésions. Sa recherche est souvent laborieuse et même négative. Signalons à ce propos comme cause d'erreur possible, le fait que Sakurane a trouvé dans un cas de variole, un spirochète rappelant celui de la syphilis au niveau des pustules varioliques.

g) Sur la réaction de Wassermann qui, lorsqu'elle sera positive, aura ici la valeur d'un symptôme auquel on se gardera d'attribuer trop d'importance. Son appa-

rition est, d'ailleurs, souvent tardive (2 à 3 mois après le chancre) (1).

2° A côté de la variole, il nous faut signaler la *varicelle* dont l'éruption, dans ses formes graves, a pu être confondue avec les syphilides qui nous occupent. C'est ainsi que la malade de l'Observation X eut une éruption diagnostiquée Varicelle par un médecin des Hôpitaux, et que Gaillard présenta à la Société médicale des Hôpitaux (1) un malade atteint d'un exanthème syphilitique généralisé (composé de vésico-pustules, parfois ombiliquées et de croûtes saillantes), et chez lequel le diagnostic hésita entre varicelle ulcéreuse et syphilis maligne précoce. En général, cependant, le diagnostic sera facile et l'hésitation ne durera qu'un jour ou deux.

La varicelle a une marche très spéciale, elle est des plus rares chez l'adulte (0,4 fois de 16 à 20 ans sur 100 cas d'après la statistique de Baader citée par Renault) (2); elle ne devient ulcéro-gangréneuse que chez les sujets cachectiques. On se basera également sur l'étude des phénomènes concomitants et des commémoratifs.

3° *Les dermatites microbiennes pustuleuses* peuvent, dans certains cas, prêter à confusion avec les syphilides qui nous occupent. Ces pyodermes (impétigo de T. Fox, ecthyma vulgaire, etc.), se diagnostiqueront aisément dans la plupart des cas, grâce aux caractères spéciaux de chaque élément, à la répartition de l'éruption, plus

(1) QUEYRAT, *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 22 janvier 1920.

(1) Séance du 24 avril 1914.

(2) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1899, p. 569.

localisée que dans la syphilis, prédominant aux membres inférieurs; à la présence de douleurs ou de prurit, à la coexistence d'autres lésions (folliculites), à leur auto-inoculabilité et enfin à leur guérison par des moyens purement locaux.

On notera aussi l'absence de signes positifs propres à la syphilis (commémoratifs, recherche du tréponème, traitement spécifique, etc.).

4° *L'Hydroa vacciniforme*, de Bazin, sera d'un diagnostic facile, à condition d'y penser, surtout s'il ne s'agit pas d'une première atteinte. Débutant dès les premières années de la vie, cette affection récidive chaque année au printemps et siège sur les parties exposées à la lumière.

5° Il nous faut signaler également deux affections dont les éléments sont varioliformes ou vacciniformes.

La *dermatite vacciniforme infantile* décrite par Hallopeau, dont les principaux caractères sont:

a) L'apparition de l'éruption dans les premiers mois de la vie;

b) La guérison rapide par les antiseptiques vulgaires;

c) Le siège de prédilection des lésions autour des organes génitaux et de l'anus (et plus généralement au niveau des surfaces humides telles que le creux poplité et les extrémités inférieures).

L'ecthyma térébrant, affection rare, qui se voit surtout chez les enfants chétifs, siégeant aux fesses, aux cuisses et au dos et donnant lieu à de vastes ulcérations polycycliques.

6° *La morve aiguë* peut donner lieu à une éruption pustuleuse du type varioliforme. Sa vraie nature, que

les symptômes généraux peuvent faire soupçonner, sera déterminée avec certitude par l'examen bactériologique des lésions.

7° Très rarement, enfin, une éruption varioliforme pourra être *d'origine médicamenteuse*.

L'ingestion d'Iodure de Potassium a donné lieu, chez une malade de Hynes, à une éruption dont les éléments « présentaient exactement l'apparence de ceux de la variole avant le stade pustuleux ».

Le Diagnostic reposera : *a)* sur l'apparition très rapide des lésions sur tout le corps, les pustules sont déjà constituées en 24 heures, même au niveau des extrémités; *b)* sur les caractères des éléments, dont le contenu est souvent hémorragique sans qu'il y ait de signes généraux graves (tout au moins au début); *c)* sur les commémoratifs; *d)* sur la disparition de l'éruption (au bout d'un temps plus ou moins long) après la cessation du traitement; *e)* sur les lésions des muqueuses coexistant avec l'éruption.

Nous signalerons, en terminant ce chapitre, que certaines applications externes peuvent faire apparaître localement des pustules varioliformes. Le tartre stibié, qui jouit de cette propriété, aurait même été employé pour falsifier certains vaccins.

ETIOLOGIE

Nous nous proposons d'examiner, dans ce chapitre, dans quelles circonstances étiologiques apparaissent les syphilides varioliformes.

1° *L'accident initial* nous a toujours paru ne rien présenter de particulier. Dans un seul cas, il présenta une certaine tendance au phagédénisme (Obs. IV). Plusieurs fois, sur nos 9 observations, il passa inaperçu du malade.

Les manifestations du début de la période secondaire, telles que la roséole, ne furent pas notées par nos malades (1), et il y a lieu de croire que, chez la plupart d'entre eux, l'éruption varioliforme fut la première des manifestations cutanées que l'on rencontre habituellement à cette période.

2° *Le Terrain*. — Pour Rollet, les conditions qui déterminent l'apparition, le siège, la forme, la gravité, la disparition et le retour des syphilides sont subordonnées au syphilitique lui-même, à ses conditions de santé et à son milieu. Cet ensemble constitue ce que l'on peut

(1) Sauf peut-être chez la malade de l'Observation IX.

appeler le terrain, par opposition avec « la graine », que nous étudierons au paragraphe suivant.

L'influence du *sexe* est difficile à déterminer, nous connaissons un plus grand nombre de cas chez l'homme que chez la femme, laquelle ne figure dans nos observations que dans la proportion de 3 sur 10, sans que nous puissions dire s'il y a là autre chose qu'une coïncidence,

L'âge de nos malades varie de 4 à 56 ans; il semble n'avoir aucune influence.

Le *tempérament* est un facteur dont les anciens faisaient grand cas. Pour Bazin, les lymphatiques sont prédisposés aux éruptions pustuleuses et vésiculeuses. Actuellement, on n'attache plus grande importance à ce facteur dont les variétés étaient par trop artificielles. Déjà Rollet (1884) a montré ce qu'avaient de vague les définitions que l'on donnait des tempéraments et que, dans ces conditions, il était difficile de s'entendre sur l'influence exercée par ces tempéraments puisque l'on ne s'entendait pas sur leur définition.

Sur les deux cas de syphilides varioliformes que nous avons vu évoluer, l'un des sujets était manifestement du type lymphatique; par contre, le second était un homme fort, bien constitué et que Bazin n'eût pas manqué de ranger parmi les sanguins.

La *coexistence d'états pathologiques divers*, aigus ou chroniques, est un facteur qui, *à priori*, semble pouvoir exercer une influence sur les déterminations cutanées de la syphilis.

L'étude des divers cas que nous connaissons ne semble pas devoir confirmer cette hypothèse; en particulier,

chez nos malades, aucune affection aiguë ou chronique n'a été notée.

Le *Paludisme* serait, d'une façon générale, un facteur de gravité au cours de la syphilis.

Il agirait, selon Lacapère (1), par l'abaissement de tension artérielle qu'il provoque — abaissement qui viendrait s'ajouter à celui qu'il est constant de rencontrer au cours de la période secondaire de la syphilis (du Castel) (2)

Un seul de nos malades (Obs. I), Italien d'origine, aurait présenté des accès de fièvre, d'après les dires de sa famille. Les observations des différents auteurs, que nous avons pu lire, ne mentionnent pas ce facteur, soit que ce point ait été omis dans l'examen des antécédents des malades, soit que ces derniers n'aient jamais eu le paludisme.

L'*alcoolisme* a une influence fâcheuse sur la syphilis, dont il intensifie et exagère les manifestations cutanées, selon Fournier. Parmi nos malades, quelques-uns sont fils d'alcooliques, d'autres sont alcooliques anciens.

L'alcoolisme est une cause débilitante susceptible vraisemblablement de favoriser la production d'éruptions atypiques, plus graves que normalement. C'est un facteur qui, à notre avis, n'est pas négligeable. Il se rencontre dans la moitié de nos observations, avec des degrés très divers.

L'*absence de traitement* spécifique, au début de la maladie, entre l'apparition du chancre et celle de l'éruption de syphilides varioliformes, est un facteur qui se

(1) LACAPÈRE et DECROP, Syndrome malin dans la syphilis (*Paris-Médical*, 6 mars 1920).

(2) DU CASTEL, *Ann. des maladies vénériennes*, 1919.

retrouve d'une manière constante dans toutes nos observations.

De même, l'étude de tous les cas publiés qui nous sont connus, ne nous a jamais montré une éruption de syphilides varioliformes survenant chez un malade traité convenablement pour son accident primitif.

On peut se demander si les *conditions se rapportent au milieu* exercent une influence sur la forme revêtue par les syphilides.

Hyde et Montgomery ont noté que presque toutes les éruptions pustuleuses de la syphilis s'observent à l'hôpital. Pour eux, « c'est une occurrence des plus rares que de rencontrer des malades de la classe aisée, convenablement traités, présentant ces symptômes de la maladie ».

Rollet divise les conditions relatives au milieu en *ingesta* (alimentaires, toxiques, médicamenteux) ; *applicata* (bains, traumatismes, malpropreté, vésication, parasitisme, etc.) et *circumfusa* (climat).

Rien à dire des premiers (*ingesta*), dans aucun cas l'éruption varioliforme présentée par nos malades n'a eu une origine de cet ordre (alimentaire, médicamenteux, etc.).

Pour certains (Hyde et Montgomery), la cause occasionnelle des syphilodermies pustuleuses (c'est-à-dire toutes les lésions syphilitiques de la peau contenant du liquide) est un facteur accidentel : l'extrême saleté, par exemple, ou encore les piqûres de parasites animaux (mouches, puces, punaises, etc.). Ce facteur, absent dans toutes nos observations, nous paraît devoir être rejeté.

L'Influence que peut exercer le *climat* sur l'évolution de la syphilis est certaine. On sait depuis longtemps que la syphilis se traduit par des accidents cutanés plus graves dans certaines contrées, en particulier dans les pays chauds (Afrique du Nord). En ce qui concerne les syphilides varioliformes, les cas publiés qui sont venus à notre connaissance ne sont pas assez nombreux pour que nous puissions en tirer une conclusion relative à ce facteur. Le fait, cependant que la plupart des cas qui nous sont connus ont trait à des sujets vivant habituellement sous un climat tempéré, nous détermine à ne pas lui attribuer une grande importance.

En définitive, il nous paraît impossible d'attribuer l'apparition des syphilides varioliformes à tel ou tel facteur isolé. C'est en se combinant entre eux que ces facteurs créent chez chaque individu un *terrain* particulier, sur lequel les manifestations syphilitiques évoluent, comme le disait Hutchinson (1), avec un caprice apparent dans leur gravité et leur nature. Cependant, de l'étude de nos observations, nous gardons l'impression que la plupart de nos malades présentaient un état général plus ou moins déficient au moment où ils ont contracté la maladie.

3° La Graine

Le Tréponème n'étant pas considéré comme pyogène, plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer la formation de pustules et d'ulcérations suppurantes au niveau de la peau.

(1) Congrès de Londres, 1881.

Pour certains (Hyde et Montgomery, Bangs et Hardaway (1) les organismes pyogènes (staphylocoques), jouent un grand rôle dans la formation de ces lésions et même, secondairement, dans la production des troubles fébriles si fréquents dans cette forme de syphilis.

Comme Balzer l'a montré, les pyogènes trouvés dans le liquide des pustules n'y apparaissent que secondairement. Au début, le liquide est stérile. On ne peut donc attribuer à ces microbes une part importante en ce qui concerne la production des lésions. Du reste, cette théorie est battue en brèche par le fait que le traitement spécifique est, à lui seul, capable de venir rapidement à bout des pustules et des ulcérations, sans aucun traitement local.

Le *Tréponème* existe-t-il au niveau des lésions ?

Doutrelepont (2) le rencontra dans les pustules syphilitiques, ainsi que Lipschütz qui examina à ce point de vue les syphilides varicelloïdes. Roscher (3) le trouva constamment dans 6 cas de pustules du cuir chevelu. Busche et Fischer (4) signalèrent les premiers l'absence de tréponème dans les lésions de syphilis maligne, malgré l'inoculation positive au singe. Herxheimer et Cohn (5) cependant l'y rencontrèrent 5 fois sur 8. Pour Hecht (6), l'absence de tréponème au niveau des lésions

(1) Cités par Shillitoe.

(2) DOUTRELEPONT (*Sitzungsberichte der Niederrhein. Gess. f. natur. u. Heilkunde zu Bonn*, 1905).

(3) ROSCHER (*Berlin. Klin. Woch.*, 1905, n°s 44-46).

(4) BUSCHE et FISCHER (*Berlin. Klin. Woch.*, 1906, n° 13).

(5) HERXHEIMER et COHN (*Verhandlungen der Deutsch. Dermatol. Gess.* IX^e Congrès tenu à Berne, 1907).

(6) HECHT (*Archiv. fur. Dermat. und Syphil.*, 1911. — T. 108, p. 387).

n'est pas un caractère constant de la syphilis maligne. Pour Queyrat (1), au contraire, le tréponème manque constamment dans la syphilis maligne précoce.

Nous avons examiné, à ce point de vue, les éléments varioliformes présentés par les deux malades que nous avons pu étudier.

Chez l'un (Obs. V), nous avons trouvé, par la méthode de Fontana-Tribondeau, des tréponèmes au niveau du fond de l'ulcération, mais non dans le liquide des pustules.

Chez le second sujet (Obs. VI), déjà parvenu au stade croûteux, mais sans ulcérations marquées, l'examen de la sérosité résultant de l'arrachement des croûtes ne nous a pas permis de retrouver le parasite. Cette recherche a été faite, bien entendu, avant l'institution du traitement spécifique et sur de nombreux frottis.

Le Tréponème, existant au niveau des lésions, est-il identique à celui que l'on rencontre dans les manifestations banales de la syphilis ?

Est-il spécial à cette forme d'éruption ou n'est-il que simplement spécialisé ? Il est difficile de répondre actuellement à ces questions.

Pour les résoudre, il faudrait que la culture du tréponème soit d'une technique aisée, et que des expériences d'inoculation aux animaux puissent être entreprises.

La méthode des confrontations est la seule praticable actuellement.

(1) QUEYRAT (*Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 22 janv. 1920)

Nos deux premières observations sont, à ce sujet, particulièrement intéressantes.

Il s'agit de deux sujets (mari et femme), contaminés l'un par l'autre, et qui présentèrent tous deux, à un mois d'intervalle, une éruption de syphilides varioliformes.

Nous ne concluons pas de ce fait à une variété spéciale de tréponème; en effet, plusieurs objections se présentent à notre esprit :

a) Si les syphilides varioliformes étaient dues à un parasite spécial, les cas en seraient, sans doute, plus nombreux.

b) Les malades I et II, mariés depuis 21 ans, peuvent n'avoir présenté une éruption de même type que parce qu'ils ont vécu au milieu de circonstances étiologiques identiques, dont ils ont subi simultanément l'influence.

c) A côté de ce fait, il en est bien d'autres dans lesquels une syphilide varioliforme n'a pas eu pour source une forme de syphilis semblable.

Notre Observation VII en est un exemple: le sujet atteint d'une éruption confluente de grosses papules dont quelques-unes varioliformes, reçut sa syphilis de sa femme qui n'avait présenté qu'une éruption papuleuse discrète.

Nous ne croyons donc pas qu'il s'agisse d'un tréponème spécial.

PRONOSTIC

D'une manière générale, l'apparition, chez un syphilitique, d'une éruption secondaire pustuleuse doit faire prévoir une évolution plus sérieuse que s'il s'agissait de syphilides banales à forme sèche.

Les anciens auteurs, Bazin, notamment, avaient noté ce pronostic relativement défavorable; et Bassereau assignait à ces syphilides, plusieurs mois de durée, même lorsqu'un traitement mercuriel était institué.

Les observateurs modernes (Balzer) estiment qu'il y a lieu de distinguer deux cas, suivant que ces syphilides disparaissent sans laisser de traces ou qu'elles aboutissent à des ulcérations suivies de cicatrices.

Cette distinction, assez séduisante en théorie, est difficilement applicable en pratique, car les syphilides varioliformes se prêtent assez mal à la schématisation.

L'étude des observations, relativement nombreuses, que nous avons pu nous procurer, nous a montré, en effet, qu'il existe, au point de vue du degré de gravité de ces éruptions varioliformes, toute une gamme de cas intermédiaires entre la forme bénigne, évoluant sans phénomènes généraux marqués et sans ulcérations, et la forme grave, proche parente (sinon identique) de l'une des variétés de la syphilis maligne précoce.

Dans beaucoup de cas, d'ailleurs, on trouve chez le même sujet des éléments qui s'ulcèrent et d'autres qui se transforment en papules banales dont la surface est déjà cicatrisée au moment de la chute de la croûte.

Malgré ces difficultés, nous tâcherons de tirer de nos observations quelques indications en ce qui concerne le pronostic. Pour cela, nous envisagerons d'abord le pronostic immédiat, puis le pronostic éloigné.

Pronostic immédiat

Il dépend du degré de gravité des lésions et surtout du traitement.

La forme bénigne, dans laquelle aucun des éléments n'évolue vers l'ulcération, se rencontre rarement; elle comprend surtout des cas traités de bonne heure, dans lesquels l'éruption a été arrêtée dans son évolution. On peut rencontrer cependant des cas chez lesquels cette évolution se produit spontanément. Le malade qui fait l'objet de notre Observation VI en est un exemple.

Dans ces cas, la syphilide varioliforme n'a pas plus de gravité que la syphilide à larges papules ou toute autre éruption syphilitique banale. Nous croyons que beaucoup de syphilides varioliformes ne donneraient jamais lieu à des ulcérations si les traitements énergiques que nous possédons (arsénobenzols) leur étaient opposés dès le début.

La forme grave (qui comprend la plupart des cas décrits sous le nom d'ecthyma profond par les anciens auteurs), a été considérée comme la forme la plus grave des syphilides primitives (Cazenave).

La fièvre, parfois élevée, les douleurs au niveau des ulcérations, l'état général tout entier gravement atteint, l'action souvent peu efficace des médicaments employés jusqu'à ces dernières années (Mercure, Iodure de Potassium), tous ces facteurs, auxquels se joignait une dépression morale quelquefois très accentuée, concouraient naguère à faire de ces malades des cachectiques.

Dans ces cas graves, l'arsénobenzol s'est montré un médicament merveilleux. Nous étudierons ses effets dans le chapitre suivant.

Aujourd'hui, on peut dire que le pronostic immédiat des syphilides varioliformes est fonction du diagnostic et du traitement.

Pronostic éloigné

Le pronostic éloigné est d'une étude difficile. Il est rare, en effet, que l'on puisse suivre de pareils malades pendant de nombreuses années, surtout en ce qui concerne la clientèle d'hôpital.

Parmi nos malades, le plus grand nombre n'a pu être suivi assez longtemps pour que nous puissions en tirer des conclusions relatives au pronostic éloigné de l'affection qui nous occupe.

Le malade de l'Observation I fut revu, en 1910, trois ans après la guérison de son éruption (syphilides varioliformes) — il allait très bien. — Nous avons appris dernièrement qu'il était mort en juin 1918, âgé de 55 ans. Il souffrait de douleurs dans les jambes et de crampes qui l'empêchaient de temps en temps de travailler. Il mourut brusquement (sans doute, de sa syphilis).

La malade qui fait l'objet de l'observation II, femme du précédent, fut revue également trois ans après son éruption varioliforme; elle se portait bien. A l'heure actuelle, treize ans après son éruption, elle ne paraît pas souffrir de sa maladie.

Une troisième malade (Obs. IX), soignée, en août 1914, pour la même affection, a été traitée et rapidement guérie par des injections de 606 et de 914. De 1915 à 1918, elle eut à cinq reprises des accidents syphilitiques (papules et plaques muqueuses), traités par le 914 et l'Huile grise. La guérison se maintenait en septembre 1919, dernier séjour de la malade dans le service des Chazeaux (pour affections non syphilitiques, gale, leucorrhée).

Aucune conclusion ferme ne peut être tirée de ces faits trop peu nombreux.

Nous avons recherché dans la thèse de Goujat (1) qui a rassemblé un grand nombre de cas de syphilis méningée et qui pense « qu'il n'est pas rare de voir se produire simultanément la poussée méningée et une éruption cutanée plus ou moins sérieuse », si des cas de méningite syphilitique précédés ou accompagnés d'une éruption varioliforme y étaient signalés. Nous n'en avons pas trouvé dans lesquels il soit fait mention d'une syphilide varioliforme.

En définitive, nous pensons que ce n'est qu'en rassemblant de nombreux faits que l'on pourra déterminer si vraiment une relation existe entre le mode éruptif

(1) GOUJAT. Les méningites syphilitiques aiguës et subaiguës. *Thèse de Lyon*, 1910.

des manifestations secondaires et l'évolution ultérieure de la syphilis.

Pour l'instant, on ne peut que rappeler ce que Fournier écrivait, en 1899: « On a cru pouvoir inférer de certains signes empruntés aux périodes primaires et secondaires, ce que doivent être les formes ultérieures de la maladie; on a voulu tirer l'horoscope de la vérole; de louables efforts ont été faits pour éclairer le pronostic d'avenir de la syphilis: je regrette d'avoir à dire qu'ils n'ont guère avancé la question. »

Pour nous, le pronostic éloigné des syphilides varicelliformes paraît se confondre avec celui de la maladie causale (syphilis).

TRAITEMENT

1° Le traitement spécifique

Les syphilides varioliformes se sont montrées, dans certains cas, rebelles au *mercure*.

En général, cependant, l'action de cet agent se fait sentir au bout d'un temps plus ou moins long et les lésions finissent par rétrocéder.

Quatre de nos malades ont été traités par le mercure, trois (I, II, III) ont guéri en trois semaines; le quatrième (IV) a dû continuer pendant quinze semaines son traitement (Huile grise et biodure) avant de quitter l'hôpital.

L'*Iodure de Potassium* se serait montré efficace dans des cas où le mercure aurait échoué.

L'association des deux médicaments constituait la meilleure thérapeutique, il y a quelques années.

A l'heure actuelle, le traitement par les *arsénobenzols* est sans égal.

Sous son influence, les ulcérations s'arrêtent dans leur évolution et ne tardent pas à rétrocéder — la fièvre, particulièrement sensible à ce médicament, disparaît rapidement ainsi que les douleurs lorsqu'elles existent.

Rapidement, l'état général s'améliore, le sujet reprend du poids.

Ce médicament merveilleux doit-il son action à la grande toxicité dont il jouit à l'égard du tréponème ? ou agit-il par une voie détournée ? en élevant la tension artérielle, par exemple, comme Lacapère l'a soutenu. Nous ne saurions le dire. En tous les cas, son indication nous paraît formelle sous forme d'injections intraveineuses de novarsénobenzol. Si les lésions sont très accentuées, et que l'on craigne une réaction trop violente de l'organisme, résultant de la destruction massive des tréponèmes, on pourra faire précéder les injections de 914 d'un traitement mercuriel de courte durée (quelques injections de cyanure par exemple).

2° Traitement général

On soignera l'état général des malades atteints de syphilides varioliformes toutes les fois qu'il y aura lieu de combattre l'état de dénutrition qui accompagne fréquemment ces éruptions.

On prescrira divers reconstituants, tels que l'iodure de fer, l'huile de foie de morue, l'arsenic (cacodylate, arrhéнал).

Besnier faisait toujours précéder le traitement mercuriel d'un traitement général, chez les malades qui présentaient des éruptions syphilitiques graves, accompagnées d'ulcérations précoces.

3° Traitements divers

Nous ne ferons que signaler divers traitements dont

l'emploi répond à des vues théoriques concernant la pathogénie des ulcérations.

Leur usage ne s'est pas généralisé, étant donné que l'on possède un agent spécifique (914) de premier ordre facile à employer et répondant à tous les besoins. Parmi ces médicaments, nous citerons :

L'*adrénaline*, employée dans le but de relever la tension artérielle (dont l'abaissement est un facteur d'ulcérations, d'après Lacapère).

Le *sérum de cheval*, utilisé en injections dans le but de fournir à l'organisme du *complément* qui y ferait défaut (1).

4° **Traitement local**

Dans la majorité des cas, les lésions dues aux syphilitides varioliformes ne demandent qu'un pansement isolant et aseptique.

On pourra, cependant, utiliser divers antiseptiques en applications locales au niveau des ulcérations.

On choisira de préférence ceux qui jouissent d'une action élective sur le tréponème (calomel, 914, etc...), en ayant soin de diluer suffisamment ceux dont l'action pourrait être caustique ou irritante. Dans un cas, Thibierge (2) s'est bien trouvé des applications locales de coaltar au niveau des ulcérations.

(1) ABADIE. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 22 janv. 1920.

(2) THIBIERGE. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 22 janv. 1920.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Chancre en juin 1907. — Eruption pustuleuse varioliforme ayant évolué en éléments croûteux et ulcéro-croûteux, papules, et quelques éléments d'aspect papillomateux.

O... François, 43 ans, sujet italien, tailleur.

Entre le 20 août 1907 à l'hôpital, avec sa femme, tous deux pour une éruption pustuleuse varioliforme (voir obs. II).

Antécédents héréditaires. — Parents morts d'affections inconnues. Ni frère ni sœur.

Antécédents personnels. — Pas d'autres antécédents que deux blennorrhagies, la dernière il y a un an et demi.

Marié à 22 ans, femme bien portante jusqu'ici, entrant à l'hôpital avec lui pour syphilis secondaire.

8 enfants en bonne santé, un enfant mort de la variole il y a 15 ans.

Le malade est pâle, maigre; il travaille souvent la nuit: il aurait de temps en temps des accès de paludisme.

Chancre du méat au commencement de juin 1907.

Cinq semaines après, apparition de l'éruption actuelle, sur la face, le tronc, les membres.

Eruption. — L'éruption est constituée par des éléments pustuleux, la plupart de petites dimensions.

Quelques éléments du tronc ont l'aspect de pustules ombiliquées varioliformes, atteignant près d'un centimètre de large.

Dans le creux poplité droit, un élément un peu plus volumineux, assez profondément infiltré, et recouvert d'une croûte épaisse. A la face et au cou, quelques pustules recouvertes de croûtes, dont quelques-unes épaisses, jaunâtres.

Au menton, on remarque un élément sec, large de un centimètre environ, constitué par des végétations papillaires extrêmement développées. Cet élément aurait débuté comme les autres par une papule. Il ne siège pas dans un sillon.

Les lésions sont remarquables par leur tendance à se recouvrir de croûtes épaisses. C'est ainsi que sur la tempe gauche existe une véritable corne, faisant une saillie de huit millimètres environ.

Comme autres manifestations syphilitiques, on note :

a) Une induration profonde de la grosseur d'un pois, au niveau du méat dont les lèvres sont rouges, collées le matin par un peu de pus.

b) Papules hypertrophiques du scrotum.

c) Syphilides papuleuses à la plante des pieds.

d) Adénopathie inguinale bilatérale, surtout marquée à droite.

Rien aux muqueuses.

Etat général médiocre. Pas de fièvre, ni de céphalée.

L'examen des organes thoraciques et abdominaux est négatif. On note cependant une diminution de la respiration au sommet droit.

Le 23 août. — Le malade reçoit une piqûre d'huile grise et trois grammes d'iodure de potassium.

Le 27 août. — Le traitement par l'iodure est continué à la dose de 3 grammes par jour depuis le 23 août.

Amélioration nette, la lésion du menton, toujours papillomateuse, a diminué de volume.

Le 30 août. — Deuxième piqûre d'huile grise; continuation de l'iodure.

Le 6 septembre. — Guérison presque complète, le malade quitte le service.

Le 31 décembre 1910. — Le malade a été revu, il va très bien.

Juin 1920. — Un hasard (consultation des femmes enceintes de la Charité) nous a fait rencontrer la fille de notre malade. Cette dernière, interrogée discrètement, nous a appris que son père était mort le 30 juin 1918.

Depuis quelque temps, il éprouvait des douleurs dans les jambes avec crampes qui l'empêchaient de travailler. Il était soulagé par l'aspirine. Il ne semble pas avoir suivi de traitement spécifique au cours de ses dernières années. Il avait

commencé à travailler le jour de sa mort, mais fut obligé de s'aliter vers 11 heures. Il mourut à 15 heures. Un médecin diagnostiqua une embolie.

OBSERVATION II

Chancres de la fourchette en juillet 1907. — Eruption varicelleuse ayant abouti à de volumineuses papules.

P... Marie (1), 43 ans, femme du malade précédent (obs. I).

Pas d'antécédents à signaler. Neuf enfants dont huit vivants et un mort de la variole. Vaccinée à plusieurs reprises. Chancres de la fourchette au début de juillet. L'éruption apparaît cinq semaines après, constituée par des éléments simulant la variole, avec un peu de fièvre, mais sans phénomènes généraux graves.

Le 11 août 1907, la malade est envoyée dans le service des varioleux. A cette date, on note une éruption discrète (six éléments sur le thorax, quelques-uns au cou et sur le cuir chevelu, un au bras gauche et un dans le creux poplité gauche).

Ces éléments, tous semblables, sont constitués par des pustules larges de 7 à 8 millimètres, ombiliquées, ayant tout à fait l'aspect des éléments de la variole.

La vulve présente quelques ulcérations superficielles.

L'idée de syphilis fut rejetée.

Le 20 août, la malade entre à l'Antiquaille (avec son mari). Les éléments ont complètement changé d'aspect : ce sont des papules caractéristiques, quelques-unes un peu plus saillantes que d'ordinaire.

Plaques vulvaires hypertrophiques.

Rien dans la bouche.

Adénopathies : ganglions carotidiens volumineux à droite, ganglions sous-mentaux et inguinaux des deux côtés, non douloureux.

Bon état général.

Le 9 septembre. — La malade quitte le service (avec son mari) guérie, après un traitement de courte durée.

Depuis cette date, la malade a été revue régulièrement jusqu'en août 1908. Elle a pris régulièrement ses remèdes et n'a pas eu d'autres accidents.

(1) Italienne.

Le 31 décembre 1910. — Revue avec son mari, elle va très bien.

Le 23 juin 1920. — La malade est toujours en vie, elle ne paraît pas avoir de manifestations syphilitiques tardives.

OBSERVATION III

Syphilis secondaire. — *Eruption ayant débuté par des pustules varioliformes (séjour dans le service des varioleux), puis devenue papuleuse.*

V... Louis, 4 ans.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mort d'une affection cardiaque après un séjour de trois mois à l'hôpital.

Mère bien portante, a eu trois enfants : 1° une fille bien portante, actuellement âgée de 9 ans; 2° un enfant né avant terme (7 mois et demi), mort à 4 mois; 3° le malade de l'observation. Elle présente un iritis de l'œil gauche, et nie toute spécificité.

Antécédents personnels. — Aucune maladie dans l'enfance.

L'éruption a débuté au mois de mars, au moment de la mort du père.

Le 10 avril, l'enfant fut conduit à l'hôpital de la Croix-Rousse (service des varioleux). Température, 39°7, état général peu atteint.

Le 12 avril, la température est de 38°2 le matin, et de 40° le soir.

Le 13 avril, 37°8 le matin, 38°5 le soir.

Le 20 avril. — La température est restée comprise depuis le 13 entre 37°4 et 38°5, avec une tendance à s'élever de nouveau ces jours derniers. Soupçonnant la nature de l'éruption, on commence un traitement spécifique par les frictions mercurielles.

Le 2 mai. — L'enfant quitte le service des varioleux pour entrer dans le service des Chazeaux à l'Antiquaille. Il a reçu six frictions, la température se maintient depuis quelques jours entre 37°4 et 38°.

L'écart entre la température du matin et celle du soir paraît avoir été influencé par le traitement, il a été en moyenne de 0°4 les jours de friction, et de 0°7 les autres jours.

A son entrée aux Chazeaux, le petit malade présente une

éruption généralisée, constituée par des éléments papuleux, d'un rouge clair, de dimensions variant depuis celle d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes. La plupart de ces éléments sont en voie de régression. Plusieurs sont recouverts de quelques squames blanches se détachant facilement et laissant au-dessous d'elles une surface rouge non suintante.

Nombreux au niveau de la face, ils envahissent l'entrée des fosses nasales; ils deviennent confluents au front et sur les limites du cuir chevelu où ils sont recouverts d'épaisses croûtes jaunâtres.

Quelques éléments dans le cuir chevelu.

Nombreux éléments au niveau des membres, surtout des membres inférieurs, mais ils ne prédominent pas sur le pourtour des articulations ni au niveau des surfaces d'extension.

Ils sont rares sur le tronc et aux extrémités.

Il existe quelques éléments suspects au niveau de la gorge, rien sur les organes génitaux.

Les lésions n'ont jamais été ni douloureuses, ni prurigineuses.

Gros ganglions sous-maxillaires.

L'état général est peu atteint, l'enfant paraît intelligent et bien constitué.

Le 31 mai. — La température qui se maintenait entre 37° et 37°5 oscille depuis quatre jours entre 36°9 et 38°2.

Le 11 juin. — La température s'est élevée progressivement jusqu'à atteindre 39°5 le matin du 9 juin. Depuis, elle est descendue brusquement jusqu'à 37°2. Le malade quitte le service en voie de guérison.

OBSERVATION IV

Chancre phagédénique. — Syphilides généralisées pustuleuses ulcéreuses (pustules varioliformes). — Fièvre.

L... Pierre, 25 ans, entré le 5 septembre 1908 à l'hôpital de l'Antiquaille (Chazeaux).

A. H. — Père mort d'occlusion intestinale. Mère morte de maladie de cœur.

A. C. — Deux sœurs en bonne santé, un frère mort à 29 ans, de phthisie.

A. P. — Rougeole à 7 ans ; pas d'autres maladies.

Employé comme homme de peine dans un entrepôt de vins, son travail serait peu pénible ; il nie l'éthylisme.

Chancre syphilitique en juin 1908, deux mois après le dernier coït. Ce chancre, soigné à l'eau blanche, s'agrandit peu à peu.

3 septembre. — Actuellement, large ulcération entourant tout le gland, ne laissant qu'une petite zone saine autour du méat. Le prépuce tout entier a disparu. Les bords de l'ulcère sont surélevés, le fond en est sanieux. Douleurs légères spontanément, mais vives à la palpation. Adénopathie inguinale droite, à caractères spécifiques.

Depuis trois semaines le malade présente une éruption généralisée ayant commencé neuf semaines après le début du chancre.

L'éruption est pustuleuse, disséminée, formée d'éléments de différentes dimensions, un peu plus gros qu'une lentille pour la plupart. Les pustules sont à différents stades, les unes ont leur sommet jaunâtre, d'autres sont ulcérées ; elles ne sont nullement acnéiformes : elles débutent par une petite macule rouge, dont le centre blanchit sur une largeur de plusieurs millimètres, ensuite elles forment de larges pustules ombiliquées, absolument varioliformes, atteignant environ un centimètre de largeur, constituées au centre par une croûte déprimée, entourée d'une bordure blanche, pustuleuse. Enfin, en dehors de celle-ci, se trouve une aréole rouge, inflammatoire, assez large ; finalement, quelques-unes se transforment en véritables ulcérations qui continuent à s'élargir.

Les éléments sont nombreux dans le dos, peu abondants sur l'abdomen et la face antérieure du thorax. On en trouve d'assez volumineux à la tête, notamment au front, et sur les membres. Les ulcérations consistent en plusieurs de petite taille siégeant à la nuque, à la face postérieure de l'épaule, au côté droit du tronc, et en deux énormes aux membres inférieurs : l'une située à la face interne du mollet droit, l'autre plus large encore, plus volumineuse qu'une pièce de cinq francs, à bords relevés et à centre creusé en forme de cratère profond, siégeant à un travers de main au-dessus du genou, sur la face externe de la cuisse.

Douleurs vives, lancinantes et excruciantes au niveau des ulcérations.

Larges plaques au fond de la gorge, le malade avait mal au gosier depuis cinq jours.

Etat général médiocre. Fièvre.

Rien aux organes thoraciques et abdominaux, pas d'albumine dans les urines.

On soumet le malade à une série de piqûres d'huile grise.

Le 23 septembre. — Amélioration très notable du chancre et de l'éruption. La température qui était montée le 10, à 39°7, et s'était maintenue aux alentours de 38° pendant quelques jours, est descendue au-dessous de la normale depuis le 22.

30 septembre. — Depuis le 22, la température est restée constamment au-dessous de 37°5, avec 36°2 comme minimum.

18 novembre. — Le malade a reçu six piqûres d'huile grise, l'éruption est guérie sur tout le corps, mais quelques éléments des jambes sont encore à l'état d'ulcérations assez larges ; les douleurs persistent.

25 novembre. — Le malade souffre atrocement au niveau des ulcérations. On commence une série de piqûres de Biiodure.

30 novembre. — Les douleurs ont disparu. L'ulcération du mollet n'est guère plus grosse qu'une pièce de deux francs et est en voie d'épidermisation. L'ulcération de la cuisse n'a plus ses bords relevés et son centre n'est plus déprimé ; de gros bourgeons charnus comblent le fond, les douleurs ont complètement disparu.

4 décembre. — Le malade a reçu sept piqûres de Biiodure.

30 janvier 1909. — Le malade quitte le service guéri, après avoir reçu une nouvelle série de piqûres d'huile grise, du 7 décembre au 13 janvier. Bon état général. Depuis le 2 décembre, le malade a augmenté de trois kilos.

OBSERVATION V

Chancre en janvier 1920. — Eruption secondaire confluyente ayant débuté par des éléments simulant la varicelle et devenant pustuleuse (croûtes varioliformes) ayant donné lieu : 1° à de très volumineuses papules ; 2° à des lésions ulcéreuses (syphilis maligne précoce). — Autour de quelques papules : groupes de petits éléments rosés du type de la kératose pileuse.

J... Jean-Marie, 44 ans, manoeuvre.

A. H. — Parents morts âgés. Père éthylique. Un frère bien portant.

A. P. — Bonne santé habituelle. Pas de paludisme. Bronchite à 28 ans (repos de 1 mois). Diphtérie pendant la guerre, soignée à Grenoble. Ethylisme moyen avoué. Marié à 27 ans, femme et deux enfants bien portants.

Coût suspect fin décembre 1919. A cette époque, le malade présentait déjà une écorchure (siégeant à l'endroit où se développera plus tard le chancre) datant de 4 ou cinq jours. Cette écorchure a pris, peu à peu, l'aspect d'un chancre typique. Un médecin prescrivit des lavages antiseptiques qui firent cicatriser rapidement l'ulcération.

Cinq semaines après le début du chancre, apparition d'une éruption confluente dont chaque élément fut d'abord semblable à ceux de la varicelle.

A la jambe droite, un gros élément s'ulcère et un médecin fait le diagnostic de *varicelle* et *plaie variqueuse*.

Les symptômes généraux sont, à ce moment, peu accusés. Le malade n'a pas remarqué avoir de la fièvre. Pas de céphalée. Un peu d'inappétence et d'asthénie.

Le 23 mars 1920. — Un mois et demi après le début de l'éruption, le malade entre à l'hôpital.

A l'examen : éruption généralisée composée de taches rouges violacées, en général bien isolées, mais par endroits légèrement confluentes (surtout au niveau de la ceinture).

Par places, on remarque des éléments papuleux (surtout à la région scapulaire), rouge foncé, peu infiltrés. Plusieurs sont recouverts d'une croûte peu adhérente. Le grattage les fait saigner facilement. Leur forme est régulièrement circulaire, le plus gros étant du diamètre de 0,59 centimes. Pas de prurit. Autour de quelques papules, on note quelques groupes de petits éléments rosés du type de la kératose pileaire.

Au niveau du bord gauche du pied droit, volumineuses papules violacées, dont plusieurs ont conflué et sont recouvertes d'une couche cornée lisse, dure et adhérente.

A la jambe droite (face externe de la moitié inférieure) siège une large ulcération, du diamètre d'une pièce de cinq francs, dont le centre est recouvert d'une vaste croûte dure, peu adhérente, et dont la périphérie violacée a une apparence infiltrée.

Les muqueuses sont respectées : rien à la bouche, à la gorge, à l'anus. Rien au scrotum.

Nombreuses croûtes disséminées au niveau du cuir chevelu.

Etat général médiocre.

Les phénomènes généraux sont peu accentués.

A noter des epistaxis peu abondants depuis son arrivée dans le service.

Rien aux viscères. Pas d'albumine dans les urines.

Examens de laboratoire. — La sérosité non hémorragique recueillie au niveau des lésions, après grattage, montre des tréponèmes après coloration au Fontana-Tribondeau.

Traitement. — Novarsénobenzol Billon :

26 mars 1920	9,30 centigrammes
2 avril 1920	0,45 —
9 avril 1920	0,60 —
16 avril 1920	0,75 —
23 avril 1920	0,90 —

Après sa 4^e piqûre (16 avril). — Le malade est très amélioré. L'état général est bon. Les croûtes ont disparu, sauf au niveau de la jambe droite où la grosse lésion signalée plus haut est encore recouverte d'une croûte, large comme une pièce de 1 franc, peu épaisse, et reposant sur une légère exulcération. La chute des croûtes a mis en évidence en plusieurs points (surtout là où l'éruption était plus développée), notamment dans la région lombaire, des papules surélevées de plusieurs millimètres, rouge foncé, légèrement cuivrées, ayant tendance à se rider et à se flétrir.

Le 23 avril, le malade quitte le service guéri. Les papules se sont affaissées, laissant une tache fortement pigmentée.

OBSERVATION VI

Phimosis. — Œdème et plaques du fourreau. — Eruption croûteuse disséminée (séquelle d'une syphilide bulleuse).

J... Paul, 48 ans, marchand de charbons.

A. H. — Père vivant, âgé de 53 ans, fortement éthylique, asthmatique. Mère vivante, bonne santé habituelle, a eu dix grossesses à terme et deux fausses couches.

A. C. — Cinq frères morts en bas âge (4 de méningite, 1 de diphtérie).

A. P. — Rougeole; coqueluche, broncho-pneumonie, enté-

rite, coliques appendiculaires, tel est le passé pathologique de notre malade. Pas de maladies vénériennes, ni de paludisme.

L'affection actuelle a débuté 30 jours après un coït suspect, par de l'œdème du prépuce produisant un œdème inflammatoire.

Le 13 mars 1920, le malade entre dans le service pour « phimosis, balanite avec lymphangite, chancre probable sous phimosis ». On note un point de consistance cartilagineuse au niveau du sillon.

Le 19 mars. — Le malade quitte le service sans raison. Il n'a pas reçu de traitement spécifique, mais seulement des bains locaux.

Le 6 avril 1920. — Le malade revient. On note : verge rouge, très œdématiée, phimosis, écoulement séro-purulent, adénopathie spécifique, plaques du fourreau. Sur le corps, éruption disséminée de croûtes brunâtres, semblant avoir succédé à une éruption bulleuse. Chaque croûte repose sur une papule, au sommet de laquelle elle paraît comme enchâssée.

L'éruption a débuté il y a une quinzaine de jours ; elle fut totale d'emblée. Depuis, aucun élément n'apparut. Pas de prurit.

Fièvre légère. Symptômes généraux peu accentués. Etat général très médiocre. Sujet maigre, pâle, au faciès apathique. Pas de céphalée ni de chute de cheveux. L'éruption siège également au niveau du cuir chevelu. Pas d'ulcérations.

Rien aux muqueuses.

La recherche de tréponème est négative au niveau des lésions.

Le malade reçoit 0,30 centigrammes de Novarsénobenzol Billon (1^{re} piqûre).

Le 12 avril 1920. — 2^e piqûre (0,45) de 914.

Le 19 avril. — 3^e piqûre (0,69).

Le 26 avril. — 4^e piqûre (0,75). Le malade, guéri, quitte le service.

OBSERVATION VII

Eruption confluyente de grosses papules, dont quelques-unes varioliformes.

M... Claude, 56 ans, décapeur sur métaux.

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Bonne santé habituelle. Le malade aurait eu une poussée d'eczéma à la jambe gauche, il y a 30 ans, à la suite d'application de pommade sur une plaie. Il aurait eu également, il y a 3 ans, une éruption qui paraît avoir été de l'impétigo.

Malgré son faciès rubicond, nie tout éthylisme.

Marié il y a 33 ans ; sa femme est délicate ; en observation au dispensaire anti-tuberculeux de la rue Chevreul. Elle est âgée de 45 ans. Il paraît avoir été contaminé par elle.

Le malade a eu 5 enfants, tous vivants actuellement.

Au début d'octobre 1919. — Apparition d'une éruption dans le cuir chevelu. Un des éléments grossit rapidement et devient croûteux ; il atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs en huit jours.

Vers le milieu d'octobre, le malade a mal à la gorge, il se plaint de maux de tête violents et a beaucoup de fièvre.

Ce n'est que fin octobre que le malade aperçoit une ulcération siégeant au niveau du sillon. Il ne lui attribue pas d'importance.

Le 15 janvier 1920. — Le malade entre dans le service. On note à ce moment : un chancre induré du sillon en voie de cicatrisation, accompagnée d'adénopathie inguinale à caractère spécifique.

Sur le corps : éruption secondaire papuleuse, confluyente par endroits, surtout intense au cuir chevelu, où quelques éléments sont impétigineux.

Quelques-uns des éléments sont nettement varioliformes ; les plus gros siègent sur le thorax, l'un en avant, l'autre en arrière.

Les membres sont peu atteints.

L'éruption est apparue par poussées successives.

Plaques de la bouche.

Céphalée occipitale à exacerbations nocturnes.

Fièvre aux environs de 38°.

Rien aux viscères. Pas d'albumine dans les urines.

Le 16 janvier 1920. — On commence une série de piqûres de Novarsénobenzol.

Le 30 janvier 1920. — Le malade quitte le service après sa 3^e piqûre. Pendant son séjour, il n'a pas eu de nouvelles poussées, la fièvre a disparu après la 2^e piqûre. Actuellement, le malade est fortement amélioré.

Le 13 février 1920. — Depuis le 16 janvier, le malade a reçu cinq piqûres de Novarsénobenzol Billon.

Le 24 février 1920. — La femme du malade est vue à la visite, elle présente une éruption papuleuse discrète, d'allure banale. Elle est mise au traitement, et reçoit quatre piqûres de 914, du 24 février au 15 mars. On lui donne ensuite des pilules de protoiodure.

Le 27 avril. — Le malade est revu, il a absorbé 30 pilules de protoiodure depuis son départ. Bon état général. Il persiste quelques cicatrices rouge brun, souples, non infiltrées, correspondant aux gros éléments de l'éruption. Sur le front, à la racine des cheveux, il reste également quelques cicatrices planes légèrement pigmentées.

OBSERVATION VIII

Chancre en juin 1913. — Eruption confluyente bulleuse simulant la variole. — Quelques très grosses bulles.

S... Jean, 19 ans, domestique, sujet suisse.

A. H. — Parents morts tuberculeux.

A. P. — Pas de maladies antérieures.

Chancre du gland en juin 1913, vite guéri. Pas d'accidents depuis.

Le 6 septembre 1913. — Le malade a été pris d'un violent frisson suivi de chaleur intolérable. Sa température n'a pas été prise (le malade était à la prison Saint-Paul depuis 4 jours).

Quelques heures après, il a vu apparaître l'éruption au niveau des bras, sous forme de pustules qu'il dit avoir été d'emblée à leurs dimensions actuelles.

La face a été prise en dernier lieu. L'éruption a mis deux jours à envahir complètement les territoires où elle siège actuellement. Elle s'est accompagnée de prurit intense, de céphalée, d'anorexie, de faiblesse générale avec vertiges.

Le 11 septembre. — Le malade entre à l'hôpital. On note une éruption varioliforme disséminée sur tout le corps, prédominant à la face et aux membres. Les éléments sont un peu moins nombreux sur le thorax. Ce sont des pustules, de la grosseur d'une lentille, surélevées d'environ 2 millimètres sur la peau environnante, de couleur blanchâtre ou rosée. Quelques-unes sont ombiliquées en leur centre. Aucune n'a crevé.

La verge ne présente aucune trace de l'accident primitif. Adénopathie spécifique dans les deux aines.

Rien à la gorge.

Rien au poumon ni au cœur.

Le 13 septembre. — Le malade a eu un accès fébrile dans la nuit, ayant duré deux heures. La température n'a pas été prise.

Le 25 septembre. — Injection de Salvarsan (606), 0 gr. 30, suivie d'une poussée thermique : 38°6.

On note trois grosses bulles larges comme une pièce de 1 franc : une à chaque jambe, une à la cuisse gauche.

1^{er} octobre. — Salvarsan, 0,40 centigr. Température : 38°3 après l'injection.

7 octobre. — Salvarsan, 0,40 centigr. Température : 37°7 après l'injection.

14 octobre. — Salvarsan, 0,40 centigr. Température : 36°9 après l'injection.

18 novembre. — Il se déclare une orchite droite à la suite d'injections uréthrales.

11 décembre. — Le malade quitte le service. On prescrit du sirop de Gibert.

OBSERVATION IX

Eruption secondaire varioliforme

G... Marie, 18 ans et demi. Fille soumise.

Envoyée dans le service pour « ecthyma, gale, ulcérations vulvaires suspectes (23 juillet 1914).

Antécédents héréditaires. — Parents morts d'affections indéterminées. Une sœur et trois frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rien à noter dans l'enfance; pas d'antécédents tuberculeux; éthylisme marqué; nie tout antécédent vénérien; quelques pertes blanches; a été opérée par le Docteur Laroyenne, en novembre 1913, pour abcès chaud de la région inter-fessière.

La malade a déjà fait deux séjours dans le service, en janvier et février 1914 pour gale.

Le 2 juillet 1914, la malade eut beaucoup de fièvre avec

céphalée. puis, quelques jours après, une éruption envahit le cou et le thorax, puis tout le tégument.

Le 23 juillet, à son entrée dans le service, la malade présente une éruption pustuleuse confluyente, irrégulièrement disséminée sur tout le corps, surtout marquée au niveau du dos où elle forme quelques ulcérations.

Sur les membres, les éléments sont très rapprochés, surtout au niveau de la face interne des cuisses.

Ces pustules varioliformes ne sont pas toutes au même point de leur évolution : à côté d'éléments en voie d'éruption, simplement marqués par une petite élevure rouge, on trouve d'autres éléments déjà parvenus au stade de suppuration dont le sommet ombiliqué laisse échapper le contenu purulent. D'autres, enfin, sont en voie de cicatrisation et recouvertes de croûtelles. Tous ces éléments sont entourés d'une petite zone inflammatoire rougeâtre, à la périphérie de laquelle se voit la collerette de Biett.

L'éruption forme une couronne au niveau du front.

Dans les cheveux, quelques croûtes rappellent l'impetigo (le malade avait de la pédiculose à son entrée).

Le tégument présente quelques lésions de grattage et quelques taches roséoliformes dans l'intervalle des pustules.

A la vulve : œdème des grandes lèvres avec quelques plaques au niveau de leur face interne, végétation du méat, écoulement sanieux. Pas de trace d'accident primitif.

Quelques plaques à l'anus.

Rien à la gorge; érosion en voie de cicatrisation sur le bord de la lèvre supérieure, langue saburrale, léger catarrhe oculo-nasal.

Adénopathie inguinale bilatérale.

Phénomènes généraux assez accentués : céphalée, abatement, fièvre (39° le soir).

25 juillet. — 38°3 le matin.

Le malade reçoit une injection de Salvarsan (0,39 centigr.) Après l'injection : vomissements, céphalée, frissons. Température : 40°.

26 juillet. — Température : 38°4 le matin; 39°2 le soir.

27 juillet. — L'éruption est modifiée, les pustules sont en voie de cicatrisation. Température : 37°6 et 37°8.

31 juillet. — Deuxième piqûre de Salvarsan (606), 0,39 centigr. intraveineux sans accidents.

6 août. — La malade reçoit 0.90 centigr. de Néo-Salvarsan (914) sans accidents.

11 août. — Néo-Salvarsan, 0.90 centigr., sans accidents.

12 août. — Sirop de Gibert.

Depuis le 28 juillet, la température s'est maintenue constamment entre 37° et 37°5.

28 août. — La malade quitte le service guérie.

Le 12 décembre 1914, la malade revient pour éruption maculeuse et papuleuse et plaques vulvaires.

Le 8 février 1915, elle quitte le service après avoir reçu :

a) 4 piqûres de 914 (0.45, 0.75, 0.60, 0.90) sans accidents, du 15 décembre au 2 janvier.

b) 5 piqûres d'huile grise du 4 janvier au 5 février 1915.

Le 9 août 1915. — Nouveau retour pour ulcération anale, assez profonde, non douloureuse. Les traces des éruptions précédentes sont encore très visibles.

Le 23 août 1915. — Quitte le service.

Le 7 novembre 1916. — Revient pour plaques muqueuses de la vulve et des plis génito-cruraux. Végétations de l'anus.

Le 1^{er} décembre 1916. — Quitte le service.

21 mars 1917. — Revient pour : plaques muqueuses de la vulve, roséole, gale, ulcération chancreuse de l'anus.

11 juin 1917. — Quitte le service ayant reçu, du 23 mars au 19 avril, une série de 4 piqûres de 914 (0.45, 0.60, 0.75, 0.75). L'ulcération anale a été très rebelle.

Le 29 décembre 1917. — Revient pour plaques muqueuses vulvaires, petit condylôme du pli génito-crural droit, bartholinite droite, pédiculose.

La malade reçoit du 2 au 24 janvier 1918 quatre piqûres de 914 (0.45, 0.60, 0.60, 0.75).

Le 2 février 1918. — Quitte le service guérie.

Depuis cette époque, la malade a fait deux séjours dans le service : a) le premier, du 6 septembre au 19 octobre 1918 pour gale; b) le deuxième, du 22 août au 13 septembre 1919, pour gale et pertes abondantes, pendant lequel, malgré l'absence de lésions spécifiques, on institua un traitement : la malade reçut 2 piqûres de 914 : la première (0.30 centigr. le 5 septembre 1919) s'accompagna de fièvre (39° le soir, 38 et 38°2 le lendemain); la seconde (0.45 centigr. le 12 septembre) fut bien supportée.

OBSERVATION X (*résumée*)

M..., femme de 35 ans, névropathique. Entre en mars 1904 pour une éruption généralisée pustuleuse assez confluent. Un assez grand nombre de pustules sont ombiliquées et nettement varioliformes.

Le début avait été fébrile. Un médecin très expérimenté avait fait le diagnostic de varicelle.

L'éruption céda aux piqûres de biliodure.

La malade fut revue à plusieurs reprises après son départ du service. Elle ne présenta plus d'accidents secondaires, mais des troubles nerveux.

Hémianopsie typique, avec conservation de la vision centrale (indice d'une lésion organique du lobe occipital).

L'observation détaillée de cette malade comprenait des documents intéressants, notamment des examens du champ visuel. Cette observation a disparu du service au cours de la guerre.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis secondaire peut se manifester par des éruptions simulant celles de la variole typique ou de la varioloïde.

II. — Ces éruptions varioliformes sont souvent accompagnées de phénomènes généraux, et notamment parfois d'une fièvre élevée.

III. — Le diagnostic avec la variole, ou même la varicelle, peut être difficile au début, mais il devient rapidement possible de par l'évolution à la fois de l'éruption et des symptômes généraux.

IV. — Cette variété d'éruption est un indice de gravité de la maladie, et il n'est pas rare que les syphilides malignes précoces débutent précisément par une éruption de ce type.

V. — Ces syphilides s'observent de préférence chez des sujets dont l'état général laisse à désirer — l'alcoolisme, particulièrement, nous a paru jouer un rôle assez important.

Nous ne pouvons donner de conclusions bien précises relativement à l'importance de la qualité du virus.

VI. — Ces formes de syphilides résistaient quelquefois assez longtemps au traitement mercuriel. Elles cèdent très rapidement au traitement par le novarsénobenzol.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

NICOLAS.

Vu :

LE DOYEN.

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 Juin 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BALZER. — *Traité des maladies vénériennes* (collection Gilbert et Carnot), 1906.
- BARTHÉLEMY et BALZER. — Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1883 ; article *Syphilides*, page 511.
- BAZIN. — Leçons sur la syphilis et les syphilides, 1866.
- BROCQ. — *Traité de Dermatologie*, 1907.
- CAZENAVE. — *Traité des syphilides*, 1843.
- CHAMBARD. — Article *ecthyma syphilitique*, Dictionnaire de Dechambre, 1885.
- COLCOTT-FOX. — Vacciniform ecthyma of infants, *Brit. J. of Dermat.*, 1907, p. 191.
- CURRAN W. — Notes on a case of syph. herpès which at first resembled small-pox, *Medical Press and Circular*, 1871.
- DEVERGIE. — *Traité des maladies de la peau*, 1854.
- DUHRING (A.). — *Traité pratique des maladies de la peau*, 1883.
- FARRIOLS et RIBERA. — Un caso de sífilide pustulosa, *Rev. de clin. med.*, Barcelona, 1881, p. 476.
- FINGER. — La syphilis et les maladies vénériennes, 1900.
- FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis, 1881.
- FOURNIER. — *Traité de la syphilis*, 1906.
- FOX et PISCO. — Acuminate syphilis, resembling variola, *J. Cut. dis. incl. syph.*, 1917, p. 778.
- FURLONG. — Report of two cases of the variola form of syphilis, *U. S. Nav. M. Bull.*, Washington, 1910.
- GASKOIN. — Varioloid syphilis, *Brit. med. journal*, 1871.
- HALLOPEAU et FOUQUET. — *Traité de la syphilis*, 1911.
- HARDY. — *Traité des maladies de la peau*, 1886.
- HYDE et MONTGOMERY. — Syphilis and the venereal diseases, 1900.
- HYNES (E.-J.). — Rash iodique ressemblant à l'éruption de variole chez un syphilitique (*Lancet*, 1904, p. 421).
- JULLIEN. — *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1886.

- KAPOSI. — *Traité des maladies de la peau*, 1878 (traduction Besnier-Doyon).
- KINBY-SMITH. — Syphilide pustuleuse chez une négresse. simulant la variole, *N. Y Med. Journ.*, 9 nov. 1912.
- LANCEREAUX. — *Traité historique et pratique de la syphilis*, 1873.
- LEVADITI et ROCHÉ. — La syphilis : Expérimentation, bactériologie, diagnostic, 1909.
- MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes, 1883.
- NICOLAS, DURAND et AUDRY. — Thérapeutique cutanée et vénérienne, 1909.
- OHMANN-DUMESNIL. — Varioliform syphilis, *Quart. Atlas Dermatol.*, St-Louis, 1895-96.
The varioliform syphilide, *Tri. State med. journal*, St-Louis, 1897.
The pustular syphilide, *ibid*, 1898.
— The differential diagnosis of syphilitic eruptions, *Internat. clin. Philad.*, 1904.
- POST. — A case of papulo-pustular syphilide of varioliform character, *J. cutan. dis. includ. syph.*, N. Y, 1907.
- PYE-SMITH. — A clinical lecture on a case of syphilis simulating variola, *Clin. journ.*, London, 1894-95, p. 149-152.
- ROBBINS. — The variola form of syphiloderm, *American Journ. Dermat. and genito-urin.*, dis. 1907.
- ROLLET. — Dictionnaire de Dechambre, art. *Syphilides*.
— *Traité des maladies vénériennes*, 1865.
- SAKURANE (K). — Sur un spirochète trouvé dans la variole, *Japan. Zeits. f. dermat. u. Urolog.*, 1908.
- SHILLITOE. — Case of varioliform syphilide, *Brit. J. of Dermat.*, 1903.
A case of pustulo-papular syphilide of the so-called varioliform type, *ibid.*, 1904.
- SCHOEMAKER. — A case of pustular syphiloderma simulating small-pox, *Med. and Surg. reporter*, Philadelphie, 1882.
- THIBIERGE. — In *Traité de Médecine de Charcot et Bouchard*, t. II, p. 255.
- ZEISSL (H.). — *Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes*, Vienne, 1888.
Varicella syph. confluens, adulatorum, *Algem. Wien. med. Zeit.*, 1861.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
Historique	9
Symptomatologie	17
Diagnostic	23
Etiologie	29
Pronostic.	37
Traitement	43
OBSERVATIONS	47
CONCLUSIONS	63
Bibliographie	65

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46
LYON

